

Bureau de Montréal : 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

Bureau de Toronto : 18 King St. E. Suite 300 Toronto, ON M5C 1C4
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca

PROPOSITION RELATIVE À LA MARIJUANA MÉDICINALE PRODUCTEUR PERSONNEL OU PROPRIÉTAIRE D'IMMEUBLE

NATURE DU PROPOSANT : Producteur au sens de la partie 2 du RACFM (anciennement RAMFM)
(à des fins personnelles ou par une personne désignée)
 Propriétaire d'immeuble

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. INSCRIVEZ « S/O » SI LA QUESTION N'EST PAS PERTINENTE. EN CAS D'ESPACE INSUFFISANT, RÉPONDEZ SUR DES FEUILLES DISTINCTES.

Il y a aussi de l'espace en page 6.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. ASSURÉ DÉSIGNÉ (tel qu'il doit figurer sur la police) :

2. ADRESSE POSTALE :

3. ADRESSE DU RISQUE (si elle diffère de l'adresse postale ci-dessus) :

Nature du bâtiment (p. ex. résidentiel, commercial à local unique, commercial à locaux multiples)

4. AVEZ-VOUS UNE LICENCE EN RÈGLE DE SANTÉ CANADA ? Oui Non

Si oui, annexez-en une copie.

Faites-vous de la culture pour autrui ? Oui Non Combien de licences avez-vous ? _____

5. ACTIVITÉS COMMERCIALES / REVENU / MONTANT DE GARANTIE DEMANDÉ

	LOYERS	REVENU	MONTANT DE GARANTIE
Propriétaire			
Producteur			

Si le producteur tire un revenu des ventes, donnez des précisions :

6. LA PRÉSENTE PROPOSITION PORTE SUR UNE ASSURANCE :

- Responsabilité civile générale UNIQUEMENT
- Responsabilité civile Produits en plus de la Responsabilité civile générale (proposition distincte requise)

.....

RENSEIGNEMENTS SUR L'IMMEUBLE

A. CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE/BÉNÉFICIAIRE DES INDEMNITÉS – NOM ET ADRESSE POSTALE :

B. AFFECTATION / TRANSFORMATION / RISQUES SPÉCIAUX, Y COMPRIS MÉTHODE D'EXTRACTION DE L'HUILE (le cas échéant)

Seuls des produits chimiques et pesticides autorisés sont utilisés pour la culture : Oui Non

Si non, précisez :

Liste de tous les autres locataires :

C. CONSTRUCTION DU BÂTIMENT

Année de construction : _____

Rajouts : _____

Rénovations : _____

N^{bre} de niveaux : _____

Murs :

Béton/Briqu

Charpente d'acier

Charpente de bois

Autre : _____

Toit :

Béton

Platelage en acier

Solives de bois

Acier sur acier

Autre : _____

Année de réfection du toit : _____

Couverture :

Goudron et gravier

Bardeaux

Membrane caoutchoutée

Autre : _____

Plancher :

Béton

Béton sur acier

Bois

Autre : _____

Superficie du rez-de-chaussée (pi²) : _____

Superficie totale (pi²) : _____

Chauffage :

Air pulsé

Eau chaude

Autre : _____

Année de rénovation : _____

Plomberie :

Cuivre

Plastique

Autre : _____

Année de rénovation : _____

Électricité :

Les rénovations ont-elles été approuvées par les autorités locales compétentes et exécutées par un électricien agréé ? Oui Non

Ventilation :

L'installation a-t-elle été rénovée ?

Oui Non

Y a-t-il une génératrice de secours ?

Oui Non

Y a-t-il une alarme de température ?

Oui Non

Puissance de la réfrigération : _____HP

Protection municipale : N^{bre} de bornes d'incendie dans un rayon de 500 pi _____

Poste de pompiers _____

Distance _____

Risques de voisinage : À droite : _____

À gauche : _____

Devant : _____

Derrière : _____

Protection :

Vol avec effraction

Clôture

Autre _____

Barreaux métalliques ou grilles à toutes les portes et fenêtres vitrées

Protection incendie : Ext. aut : _____%

Alarme locale

Alarme reliée à un poste central

Alarme incendie

Locale

Reliée à un poste central

Extincteurs portatifs – N^{bre} : _____

D. GARANTIES

Incendie et garanties annexes : _____ Formule étendue : _____ Franchise : _____

GARANTIES BIENS	MONTANTS DE GARANTIE
Bâtiment	
Matériel/Contenu	
Autre	
Loyers	
Biens divers	

GARANTIES FACULTATIVES – Sélectionnez celles dont vous avez besoin :

- Tremblements de terre Refoulements d'égouts Valeur à neuf
 Inondations Dispositions légales visant la construction Bris de machines
 Autres/Remarques : _____

E. SINISTRES DES 5 DERNIÈRES ANNÉES

Indiquez le coût total (au premier dollar) de chaque sinistre

DATE DU SINISTRE	NATURE DU SINISTRE – BIENS OU RESPONSABILITÉ	DOSSIER OUVERT/FERMÉ	MONTANT PAYÉ	FRANCHISE

F. ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Votre société est-elle assurée actuellement ? Oui Non

Si oui, donnez les précisions suivantes pour les trois dernières années :

ASSURANCE	ASSUREUR	MONTANT DE GARANTIE	PRIME
Biens			
Responsabilité			
Autre			

Un assureur a-t-il déjà refusé ou résilié un contrat d'assurance ou refusé de le renouveler ? Oui Non

La soumission de la présente proposition dûment à l'Assureur n'oblige pas celui-ci à accorder l'assurance ou une note de couverture.

Le **propriétaire de l'immeuble, producteur pour des patients ou producteur désigné** est prié de remplir la déclaration ci-dessous relative à l'installation électrique ou de demander à l'entrepreneur en électricité de fournir une lettre signée, sur papier à en-tête de son entreprise, confirmant que :

L'installation électrique sur les lieux convient aux activités du Proposant.

*** * DÉCLARATION RELATIVE À L'INSTALLATION ÉLECTRIQUE * ***

Je, soussigné(e) _____ déclare que le panneau électrique et l'installation électrique utilisés pour la culture de la marijuana médicinale à la ou aux situations désignées ci-après ont été inspectés par un électricien agréé et je déclare aussi que l'électricien a confirmé que l'alimentation électrique et le nombre de circuits conviennent aux activités exercées sur les lieux suivants :

Adresse du risque : _____

Licences détenues en vertu du RACFM (partie 2) ou du RAMFM

Nombre total de licences à la situation à assurer : _____

Nombre total de plants à la situation à assurer : _____

.....

Pour nous permettre de fournir un devis rapidement, veuillez joindre les documents suivants à la proposition :

- Photos de l'avant et de l'arrière de tous les bâtiments
- Photos du panneau électrique utilisé pour la culture
- Copies des licences indiquant l'adresse des lieux de production
(Les noms et adresses des patients peuvent être supprimés sur demande)
- Photo de l'aire de culture

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PROPOSITION SONT CONFORMES À LA VÉRITÉ.

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET COMMUNIQUER, DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI ET DANS LE CADRE DU CONTRAT D'ASSURANCE DES ENTREPRISES OU DE SON RENOUVELLEMENT, SA PROLONGATION OU SA MODIFICATION, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LE RISQUE, ENQUÊTER SUR LES SINISTRES, RÉGLER LES RÉCLAMATIONS, PRÉVENIR OU DÉTECTER LA FRAUDE, NOTAMMENT DANS LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SOLVABILITÉ, ET DÉTERMINER LES SINISTRES ANTÉRIEURS.

Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurances (Canada), ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance au Canada des Souscripteurs du Lloyd's.

Signature du Proposant : _____ Date: _____
(Agent qualifié)

Le présent document est une proposition seulement et non un contrat d'assurance. L'assurance ne prendra effet qu'à l'émission d'une police ou d'une note de couverture expressément autorisée par l'assureur ou son agent. Les devis seront basés sur les renseignements fournis, dont le Proposant garantit l'exactitude. Les renseignements obtenus serviront uniquement à l'obtention de l'assurance. Le Proposant, s'il y a lieu, confirme que toutes les activités sont conformes au RACFM établi par Santé Canada, y compris les dispositions valides du RAMFM.

ESPACE SUPPLÉMENTAIRE POUR ÉCRIRE



Bureau de Montréal : 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

Bureau de Toronto : 18 King St. E. Suite 300 Toronto, ON M5C 1C4
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca